

Patientenanmeldung – Schweizerische Epilepsie-Klinik

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>				
PLZ / Ort / Kanton	<input type="text"/>				
Telefon	<input type="text"/>				

Versicherungsstatus	<input type="text"/>	Mitglied-Nr.	<input type="text"/>
Krankenversicherung	<input type="text"/>	Mitglied-Nr.	<input type="text"/>
Unfallversicherung	<input type="text"/>	Mitglied-Nr.	<input type="text"/>
Invalidenversicherung	<input type="text"/>		

<input type="checkbox"/> Allgemein	<input type="checkbox"/> Halbprivat	<input type="checkbox"/> Privat
<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall	

Zuweisender Arzt

Hausarzt / Pädiater

Diagnosen

Einweisungsgrund	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ambulant
		<input type="checkbox"/> Stationär

Bemerkung

Bitte senden Sie mit der Patientenanmeldung allfällige Vorbefunde und Untersuchungsergebnisse mit.

Ort / Datum	<input type="text"/>
Unterschrift / Stempel	<input type="text"/>